

Demande de services du Système commun d'orientation et de réception des demandes – Groupe A

Conformément à l'article 15 de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*, l'objectif de ce formulaire est d'indiquer les interventions relatives à la santé de l'enfant et de faire une demande de soutien du groupe A du Système commun d'orientation et de réception des demandes.

Section I – Renseignements sur le programme communautaire (à remplir par un employé du programme communautaire)

Type de programme communautaire (cocher <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Fournisseur de services de garde titulaire d'une licence <input type="checkbox"/> Aide auxiliaire à la famille <input type="checkbox"/> Programme de loisirs	Nom du programme communautaire :
	Personne-ressource :
	Téléphone : Télécopieur :
	Courriel :
	Adresse (lieu où les services seront fournis) : Rue : Ville/Village : CODE POSTAL :

Section II – Renseignements sur l'enfant

Nom	Prénom	Date de naissance																																																												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				
mois (lettres moulées) J J A A A A																																																														

Aussi connu sous le nom suivant :

<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																				

Veillez cocher () tous les états de santé pour lesquels l'enfant peut avoir besoin d'une intervention pendant qu'il prend part aux activités du programme communautaire.

Veillez cocher () le soutien dont l'enfant a besoin au programme communautaire. Pour des renseignements supplémentaires, voir le manuel des politiques et procédures du Système commun d'orientation et de réception des demandes.

<input type="checkbox"/> Soins ventilatoires	<input type="checkbox"/> Infirmière autorisée pour effectuer des interventions en soins de santé dont l'enfant a besoin
<input type="checkbox"/> Soins de trachéostomie	<input type="checkbox"/> Orientation et formation pour l'infirmière autorisée
<input type="checkbox"/> Aspiration (trachéale ou pharyngée)	<input type="checkbox"/> Remplacement de l'infirmière autorisée primaire par une infirmière autorisée pour qu'elle puisse participer aux rencontres de planification interdisciplinaires concernant l'enfant
<input type="checkbox"/> Soins ou alimentation par sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/> L'équipement médical spécialisé et l'entretien qu'elle exige
<input type="checkbox"/> Administration complexe de médicaments [c'est-à-dire par pompe à perfusion, par sonde nasogastrique ou par injection (autre que par auto-injecteur)]	<input type="checkbox"/> Articles de soins de santé consommables limités
<input type="checkbox"/> Intervention par ligne de perfusion centrale ou périphérique	<input type="checkbox"/> Certains coûts de transport relatifs aux besoins médicaux de l'enfant.
<input type="checkbox"/> Autres interventions cliniques nécessitant une prise de décision de la part d'un professionnel des soins de santé ou des soins infirmiers.	<input type="checkbox"/> Système d'intercommunication auditif, téléavertisseur et téléphone cellulaire
<input type="checkbox"/> Autre	

Veillez annexer un formulaire rempli du groupe B du

Système commun d'orientation et de réception des demandes, au besoin.

Section III – Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

Je soussigné autorise l'organisme ou le programme communautaire, le bureau provincial du Système commun d'orientation et de réception des demandes et le fournisseur de soins de santé, qui fournissent tous des services ou du soutien à mon enfant, à échanger et à divulguer des renseignements médicaux relatifs aux interventions de soins de santé indiquées ci-dessus et à consulter le ou les médecins de mon enfant, le cas échéant, dans le but d'élaborer et de mettre en place un Plan de soins de santé personnalisé ou un plan d'intervention d'urgence, et de former le personnel de l'organisme ou du programme communautaire en fonction des besoins de _____.

(Nom de l'enfant)

J'autorise aussi le bureau provincial du Système commun d'orientation et de réception des demandes à inclure les renseignements concernant mon enfant dans une base de données provinciale qui sera utilisée dans les seuls buts de planifier des programmes et de coordonner et fournir des services. Cette base de données peut être mise à jour pour tenir compte de l'évolution des besoins et des services. Je comprends que les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels de mon enfant seront traités de manière confidentielle et protégés, conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

Je comprends que toute autre collecte, utilisation ou communication des renseignements personnels ou des renseignements médicaux personnels de mon enfant est interdite sans mon consentement, sauf si permise en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

On communiquera avec moi annuellement pour confirmer mon consentement. Je comprends qu'en tant que parent ou tuteur, je peux modifier ou révoquer cette autorisation à tout moment par demande écrite adressée aux responsables de l'organisme ou du programme communautaire.

Si j'ai des questions à propos de l'utilisation des renseignements sur ce formulaire, je peux communiquer directement avec les responsables de l'organisme ou du programme communautaire.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Adresse postale

Code postal

N° de téléphone